

УДК 612.38+616-089+616.37-002

І.М. Шевчук, Р.Т. Кузенко

ЗАСТОСУВАННЯ ІНТЕРМІТУЮЧОЇ ВЕНО-ВЕНОЗНОЇ ГЕМОДІАФІЛЬТРАЦІЇ У ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ НА ГОСТРИЙ НЕКРОТИЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ

Івано-Франківський національний медичний університет

В роботі представлені результати хірургічного лікування 32 хворих на гострий некротичний панкреатит віком від 60 до 81 років. Чоловіків було 23 (71,8%), жінок – 9 (28,2%). Причинами розвитку захворювання були аліментарний фактори, в тому числі етанольний 19 хворих (59,3%), жовчокам'яна хвороба 5 хворих (15,6%), прийом медикаментів 4 хворих (12,5%). У 4 хворих (12,5%) чіткої причини виникнення захворювання не встановлено. За даними ультразвукового дослідження і комп'ютерної томографії з контрастним підсиленням тотально-субтотальний панкреонекроз діагностований у 22 (68,7%) хворих, вогнищевий – у 10 (31,3%) хворих. Асептичний панкреонекроз був у 23 (71,8%), інфікований – у 9 (28,2%) хворих. В першу добу після госпіталізації малоінвазивні лапароскопічні втручання виконані у 26 (81,2%) хворих. У 4 (12,5%) хворих через поширеність гнійно-некротичного процесу, наявність вільних секвестрів підшлункової залози (ПЗ), поширені двобічні заочеревинні флегмони, виконали ранні відкриті втручання. У 2 (6,3%) хворих застосовані тільки методи комплексної інтенсивної терапії. У 17 хворих із скоригованою гіповолемією, в яких були відсутні протипоказання до тотальної гепаринізації було застосовано метод інтермітуючої вено-венозної гемодіафільтрації. Це дозволило зменшити прояви поліорганної дисфункції у хворих основної групи і знизити летальність в 2 рази.

Ключові слова: гострий панкреатит, похилий вік, хірургічне лікування, детоксикація.

Незважаючи на успіхи сучасної хірургії та інтенсивної терапії, результати лікування гострого некротичного панкреатиту (ГНП) залишаються незадовільними. З кожним роком ця проблема стає все більш актуальною у всіх вікових групах. Деструктивні форми гострого панкреатиту складають приблизно 14%, а летальність при них складає 40-70%, переважно у хворих старших 60 років [1]. Згідно з класифікацією, запропонованою Міжнародним європейським семінаром із охорони здоров'я похилих та літніх людей (1963) до цієї категорії належать хворі віком 60 і більше років. Розглядаючи гострий панкреатит (ГП), як поліетіологічне захворювання, слід зазначити, що у людей похилого віку розвиток недуги відбувається на фоні супутніх захворювань, які можуть стати предикторами його тяжкого перебігу [2]. В структурі смерті хворих на ГНП умовно виділяють ранню і пізню летальність, які можуть сягати, відповідно, 30-40% і 60-70% [3]. Додатковим способом зниження рівня ранньої і пізньої летальності у хворих похилого віку при тяжкому перебігу ГНП є застосування екстракорпоральних методів детоксикації. Еферентна терапія дає змогу елімінувати із системного кровотоку ендогенні токсичні субстанції, скоригувати гіперцитокінемію, водно-електролітний обмін, патологічні зміни

осмолярності крові, гіперазотемію тощо. Однією з ефективних методик детоксикації, що дозволяють пом'якшити прояви системних порушень у хворих похилого віку на ГНП, є інтермітуюча вено-венозна гемодіафільтрація (ГДФ) [4].

Мета роботи – вивчити ефективність застосування інтермітуючої вено-венозної гемодіафільтрації, як методу екстракорпоральної детоксикації, у лікуванні хворих похилого віку на гострий некротичний панкреатит.

Матеріал та методи

Нами проаналізовані результати лікування 32 хворих похилого віку на ГНП за період 2008-2010 років. Чоловіків було 23 (71,8%), жінок – 9 (28,2%). Вік хворих від 60 до 81 років. Комплекс проведених лабораторних та інструментальних досліджень в основній групі хворих і групі порівняння відповідав стандартам якості МОЗ України. Застосовували класифікацію ГП, розроблену в панкреатологічному центрі НДІ СП ім. І. І. Джанелідзе (РІК) і прийняту Асоціацією хірургів Росії [5].

Ведучими чинниками розвитку ГНП у обстежених хворих були аліментарний фактори, в тому числі етанольний 19 хворих (59,3%), жовчокам'яна хвороба 5 хворих (15,6%), прийом медикаментів 4 хворих (12,5%). У 4 хво-

рих (12,5%) чіткої причини виникнення захворювання не встановлено. Серед супутніх захворювань найбільш характерними у обох групах хворих були системні прояви атеросклерозу, ішемічна хвороба серця, атеросклеротичне ураження судин нижніх кінцівок, гіпертонічна хвороба, варікозне поширення вен, хронічні обструктивні захворювання легень, діабет II го типу, та ін.

За результатами ультразвукового дослідження (УЗД) з доплерографічним картуванням, комп'ютерної томографії (КТ) з контрастним підсиленням тотально-субтотальний панкреонекроз діагностований у 22 (68,7%) хворих, вогнищевий – у 10 (31,3%) хворих. Асептичний характер панкреонекрозу підтверджений у 23 (71,8%), інфікований ГНП мав місце у 9 (28,2%) хворих. Таким чином, за нашими даними, у віковій категорії хворих 60 і більше років, переважали поширені форми панкреонекрозу.

В першу добу після госпіталізації лапароскопічні втручання виконані у 26 хворих, в тому числі дренивання черевної порожнини з причини розлитого ферментативного перитоніту – у 21 (65,6%), лапароскопічна холецистектомія і дренивання черевної порожнини – у 5 (15,6%) хворих. У 4 (12,5%) хворих через поширеність гнійно-некротичного процесу, наявність вільних секвестрів підшлункової залози (ПЗ), поширені двобічні заочеревинні флегмони, виконали ранні відкриті втручання. Обсяг втручання полягав у видаленні некротизованих ділянок ПЗ, дрениванні абсцесів сальникової сумки, заочеревинної флегмони та ін., з формуванням замкненої сальникової сумки і тривалим її промиванням розчинами антисептиків після операції. У 2 (6,3%) хворих застосовані тільки методи комплексної інтенсивної терапії.

У 17 хворих на ГНП із скоригованою гіповолемією, в яких були відсутні протипоказання до тотальної гепаринізації в комплексі лікувальних заходів було застосовано метод інтермітуючої вено-венозної ГДФ. Групу порівняння склали 15 хворих. Групи хворих були співставимі за характером основного захворювання, віком, статтю, обсягом і часом проведених оперативних втручань.

Тяжкість стану хворих оцінювали за системою APACHE-II. Сума балів на початок лікування у хворих основної групи і групи порівняння становила від 18 до 30 балів, в осно-

вній групі - $22,33 \pm 1,31$ балів, групі порівняння – $21,28 \pm 1,36$ балів ($p > 0,05$).

Для забезпечення центрального венозного доступу катетеризували за Сельдінгером підключичну вену двошпросвітним катетером для гемодіалізу терапії. Інтермітуючу вено-венозну ГДФ проводили за допомогою апарату для гемодіалізу АК-200 ULTRA. Перфузію крові хворих через колонки здійснювали з середньою швидкістю 80-100 мл за 1 хв. Швидкість потоку діалізуючого розчину становила 200 мл за 1 хв.

При проведенні інтермітуючої вено-венозної ГДФ надавали перевагу бікарбонатному діалізуючому розчину над ацетатним. Загальна тривалість процедури становила 8-12 год. Об'єм заданої додаткової ультрафільтрації складав до 2-2,5 л за сеанс і залежав від вихідного центрального венозного тиску та ступеня пошкодження нирок/добового діурезу. На курс застосовували 3-6 сеансів, в залежності від динаміки поліорганної дисфункції.

Результати та обговорення

Вже після 2-3 сеансів інтермітуючої вено-венозної ГДФ відзначали значне покращення загального стану хворих. Стан свідомості за шкалою Глазго у хворих основної групи на початку лікування становив в середньому $12,27 \pm 0,4$ бала, на 3-4 добу цей показник зростав до $14,53 \pm 0,22$ бала, ($p < 0,05$). В групі порівняння на початку лікування стан свідомості становив в середньому $11,95 \pm 0,48$ бала, на 3-4 добу він зростав в середньому до $13,6 \pm 0,36$ бала, ($p < 0,05$). Водночас, різниця між середніми показниками стану свідомості хворих основної групи і групи порівняння на 3-4 добу також була статистично достовірною, ($p < 0,05$).

Під впливом інтермітуючої вено-венозної ГДФ відзначали значну регресію проявів дихальної недостатності. На початку лікування штучної вентиляції легень потребували 5 із 17 хворих з основної групи в зв'язку з гострою дихальною недостатністю на ґрунті гострого респіраторного дистрес-синдрому. Вже на 3-4 добу лікування 4 із 5 хворих були переведені на самостійне дихання, $Sp O_2$ у них становила 92-94 % при $Fi O_2 = 0,3$. Тахіпноє у пацієнтів основної групи на початку лікування становило в середньому $30,73 \pm 1,43$ за 1 хв. На 3-4 добу лікування цей показник був в межах

20-28 за 1 хв, в середньому $24,6 \pm 1,21$ за 1 хв, ($p < 0,05$).

У хворих із групи порівняння апаратна підтримка дихання була необхідна на початку лікування у 6 із 15, на 3-4 добу – у 4 хворих. Тахіпное на початку лікування становило в середньому $31,6 \pm 2,15$ за 1 хв, на 3-4 добу цей показник був в межах 26-32 за 1 хв, в середньому $27,05 \pm 1,09$ за 1 хв, ($p < 0,05$). Однак, для досягнення $Sp O_2$ більше 90% у хворих групи порівняння виникла необхідність збільшувати $Fi O_2$ до 0,5-0,6.

Доволі швидке покращення показників дифузії кисню у хворих основної групи на фоні проведення інтермітуючої вено-венозної ГДФ пояснюється зменшенням вмісту води в інтерстиціальній тканині легень.

Усунення набряку головного мозку, інтерстиціальної тканини легень при проведенні інтермітуючої вено-венозної ГДФ пов'язане як з видаленням води при ультрафільтрації, так і елімінацією токсинів-ініціаторів синдрому системної запальної відповіді.

Стійкий парез кишечника у хворих на ГНП є потужним джерелом бактеріальної транслокації, що значно підвищує ризик інфікування парапанкреатичної клітковини. Тому, відновлення ефективної пропульсивної діяльності кишечника має велике значення в попередженні виникнення цих ускладнень, крім того, це дозволяє розпочинати у хворих раннє ентеральне харчування. На фоні проведення інтермітуючої вено-венозної ГДФ у 17 хворих основної групи адекватну перистальтику кишечника на 2 добу лікування вдалося забезпечити у 5, на 3 – у 7, на 4 – у 5 хворих. У хворих групи порівняння ефективну перистальтику кишечника на 2 добу відзначали лише у 2, на 3 – у 4, на 4 – у 5, на 5-7 добу – у 4 хворих.

На час завершення інтермітуючої вено-венозної ГДФ на 4-6 день, у хворих основної групи тяжкість стану за системою АРАСНЕ-II становила в середньому $10,33 \pm 1,28$, у хворих групи порівняння – $14,2 \pm 1,38$ балів, ($p < 0,05$). Отже, застосування екстракорпоральної детоксикації дозволило зменшити прояви поліорганної дисфункції у хворих основної групи відносно хворих групи порівняння.

У трьох хворих основної групи, які потребували інотропної підтримки, застосування інтермітуючої вено-венозної ГДФ не привело до стабілізації гемодинаміки і зменшенню доз ва-

зопресорів. Ці хворі померли на 3-5 день, при цьому вирішальну роль у танатогенезі відіграла декомпенсація передіснуюча застійна серцева недостатність.

Таким чином, в основній групі померли 3 із 17 хворих, летальність склала 17,6%. В групі порівняння померли 6 із 15 хворих, летальність склала 40%.

В и с н о в к и

Інтермітуючий варіант вено-венозної гемодіафільтрації є ефективним методом ліквідації ендотоксикозу у хворих старшої вікової групи з гострим некротичним панкреатитом у стадії ферментної токсемії. Застосування інтермітуючої вено-венозної гемодіафільтрації в комплексній терапії хворих похилого віку із гострим некротичним панкреатитом дозволило знизити летальність в 2 рази.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНТЕРМИТИРУЮЩЕЙ ВЕНО-ВЕНОЗНОЙ ГЕМОДИАФИЛЬТРАЦИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ОСТРЫМ НЕКРОТИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

И.М. Шевчук, Р.Т. Кузнецко

В работе представлены результаты хирургического лечения 32 больных острым некротическим панкреатитом возрастом от 60 до 81 года. Мужчин было 23 (71,8%), женщин – 9 (28,2%). Причинами развития заболевания были алиментарный факторы, в том числе этанольный 19 больных (59,3%) желчекаменная болезнь 5 больных (15,6%), прием медикаментов 4 больных (12,5%). В 4 больных (12,5%) четкой причины возникновения заболевания не установлены. По данным ультразвуковой исследования и компьютерной томографии с контрастным усилением тотально-субтотальный панкреонекроз диагностирован в 22 (68,7%) больных, очаговый – в 10 (31,3%) больных. Асептический панкреонекроз был у 23 (71,8%), инфицированный в 9 (28,2%) больных. В первые сутки после госпитализации малоинвазивные лапароскопические вмешательства выполнены в 26 (81,2%) больных. В 4 (12,5%) больных через распространенность гнойного некротического процесса, наличие свободных секвестров поджелудочной железы (ПЗ), распространения двусторонних абдоминальных флегмон, были выполнены ранние открытые вмешательства. В 2 (6,3%) больных применены только методы комплексной интенсивной терапии. В 17 больных с откорректированной гиповолемией, в которых были отсутствующие противопоказания к тотальной гепаринизации были применены метод интермитирующей вено-венозной гемодиафильтрации. Это позволило уменьшить проявления полиорганной дисфункции у больных основной группы и снизить летальность в 2 раза.

Ключевые слова: острый панкреатит, преклонный возраст, хирургическое лечение, детоксикация.

APPLICATION OF INTERMITTENT VENOVENOUS GEMODIAFILTRATION IN SURGICAL TREATMENT OF SENILE PATIENTS WITH ACUTE NECROTIZING PANCREATITIS

I.M. Shevchuk, R.T. Kuzenko

In-process the presented results of surgical treatment 32 patients by a sharp necrotizing pancreatitis by age from 60 to 81 year. Men there was 23 (71,8%), women – 9 (28,2%). Reasons of development of disease it was been alimentary factors, including ethanol causes of 19 patients (59,3%) bile-stone illness 5 patients (15,6%), reception of medicines 4 patients (12,5%). 4 patients (12,5%) of clear reason of origin of disease not set. From data of ultrasonic research and computer tomography with the contrasting strengthening total-subtotal pankreonekrosis is diagnosed in 22 (68,7%) patients, hearth – in 10 (31,3%) patients. 23 (71,8%) had aseptic pankreonekrosis, infected in 9 (28,2%) patients. In the first days after hospitalization of small-invasion methods of laparoscopy interferences are executed in 26 (81,2%) patients. In 4 (12,5%) patients through prevalence of festering necrotizing proces. In 4 (12,5%) patients through prevalence of festering necrotizing procesa, presence of free sequestra of pancreas (PZ), distributions of bilateral extraperitoneal phlegmons, the early opened interferences were executed. In 2 (6,3%) patients the methods of complex are applied only methods of complex intensive therapy. In 17

patients with corrected gipovolemiey, in which absent contra-indications were to total geparining were applied method of intermitiruyuchy veno-venoznoy gemodiafil'tracii. It allowed to decrease the displays of poliorgannoy disfunction for the patients of basic group and reduce lethality in 2 times.

Key words: acute pancreatitis, senile patients, surgical treatment, detoxication.

ЛІТЕРАТУРА

1. Шевчук І.М. / І.М. Шевчук, В.В. Протас // Інтермітуюча вено-венозна гемодіафільтрація у хворих з поліорганною дисфункцією при гострому некротичному панкреатиті. – Хірургія України. – 2005. – № 3 (15). – С. 80-82.
2. Кондратенко П.Г. Острый панкреатит / П.Г. Кондратенко, А.А. Васильев, М.В. Конькова. – Донецк, 2008. – 352 с.
3. Оптимізація лікування хворих з тяжким гострим панкреатитом за допомогою перитонеального діалізу / І.М. Шевчук, В.В. Протас, Я.Н. Протас [та ін.] / Медицина транспорту України. – 2009. – № 4 (32). – С. 56-61.
4. Шевчук І.М. Гострий панкреатит / І.М. Шевчук, М.Г. Шевчук., М.М. Дроняк, О.Л. Ткачук // Івано-Франківськ: Видавництво ІФДМУ, 2008. – 220 с.
5. Багненко С.Ф. Острый панкреатит у пациентов старшей возрастной группы / С.Ф. Багненко, В.Р. Гольцов, И.А. Реутская [та ін.] // Клиническая геронтология. – 2009. – № 4 (5). – С. 18-22.

Стаття надійшла 02.03.2011